

.....
Pieczęć ośrodka

.....
miejscowość, dnia

ZAŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko:

Pesel:

Adres zamieszkania:

Rozpoznanie:

.....
.....
.....

Jest pacjentem tutejszego ośrodka
od dnia

Ze względu na stan zdrowia oraz sytuację rodzinną konieczne jest zapewnienie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w wymiarze:

..... godzin tygodniowo,.....,
..... godzin tygodniowo,.....,
..... godzin tygodniowo,.....,
..... godzin tygodniowo,.....,

w ramach których prowadzone byłoby uczenie i rozwijanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego życia oraz usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu (zgodnie z §2 pkt.1 lit. A, oraz §2 pkt.3 lit. b Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dn. 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych Dz. U. z 2005r., Nr 189, poz.1598 ze zm. z 2006 r. Nr 134 poz. 943 i z 2023 r. poz. 395).

W razie potrzeby pracownicy Ośrodka/Poradni udzielą wskazówek co do programu indywidualnych zajęć.

Zaświadczenie ważne do

Wpisać datę do kiedy ważne jest zaświadczenie

Zaświadczenie wydaje się w celu przedłożenia w Ośrodku Pomocy Społecznej.

.....
(podpis i pieczęć lekarza specjalisty)